维普资讯 http://www.cqvip.com

创伤性膈疝 16 例手术治疗体会

黑龙江省嫩江县人民医院外科 秦存金 吴勇植 彭肖冰 姜成才

（黑龙江嫩江，邮政编码 161400）

〔提要〕创伤性膈疝往往病情重复杂，膈疝修补前对血气胸应行胸腔闭式引流（下称胸引），及时观察病情变化，减少纵隔受压，改善呼吸循环障碍。根据引流量，对胸部或腹部切口选择具有非常重要的指导意义。本病手术成败关键在于对复杂的裂口避免再撕裂及疝复发，采用肋间肌缝合和大网膜填塞固定缝合法，解决了存在的问题，效果良好。本文通过 16 例手术实践，具有一定的临床实用价值。

〔关键词〕创伤性膈疝；疝修补术。

我科于 1986 年 6 月～1996 年 6 月，施行创伤性膈疝修补术 16 例，效果满意，现报告如下。

临床资料

本组 16 例。男 14 例，女 2 例。年龄 17～60 岁。致伤主因是车祸、锐器伤及挤压等。16 例均在受伤后 24 小时内入院。开放性损伤 10 例，闭合性伤 6 例。左侧 14 例，右侧 2 例。伴有脑挫裂伤 1 例，心包裂伤 1 例，肺破裂 1 例，多发性肋骨骨折 7 例，肝破裂 3 例，脾破裂 4 例，胃及大网膜嵌顿坏死 1 例，横结肠破裂 2 例。伴有失血性休克 12 例。膈肌破裂口长为 3～15cm，5 例为大面积撕裂或外侧周边弧形破裂。

手术治疗与结果

本组 12 例在入院 48 小时内施行疝修补术，3 例在入院后 96 小时内经腹手术探查发现膈疝，1 例在入院 21 天施行手术。经胸疝修补 3 例，经腹疝修补 10 例，胸腹联合切口疝修补 3 例（其中 1 例先剖腹后改插管全麻又剖胸）。未行疝修补前施行胸引 11 例。膈肌裂口不复杂直接间断褥式缝合修补 11 例，膈肌裂口面积较大，位于外侧周边缘采用肋间肌间断褥式缝合 5 例，针距间剩余小的缺损，又采用了游离带蒂大网膜填塞缝合修补，伴有损伤的脏器按常规手术。

本组治愈 15 例，死亡 1 例，死于 MOF。其中采用肋间肌、大网膜修补 5 例，经随访无疝复发。

体会与讨论

一、创伤性膈疝手术治疗原则宜选用气管插管全麻下及早手术。本组 1 例因失血性休克难以纠正，腹部症状显著，在连续硬膜外麻醉下，边抗休克边剖腹手术，开腹时听到进气声，因胸压突减，纵隔摆动，刺激神经致心跳骤停，立即停止手术堵住切口，气管插管，经抢救 3 分钟恢复，另 1 例因误诊，延误手术时机，死于 MOF，这是 2 例深刻的教训，应引以为戒。

二、胸引指导切口选择。膈疝修补前对血气胸行胸引，不仅减少纵隔受压，改善呼吸循环障碍，争取抢救时间，而且通过引流量确定胸腔有无致命性脏器伤，指导选择胸部或腹部切口。如无紧急剖胸指征时，应优先经腹，术中整复疝入脏器容易。胸腹联合切口损伤大，会增加胸腔污染的机会，尽量回避。

三、对于胸腹复合伤在剖腹时探查膈肌应列为常规。因膈肌位置较深且有脏器掩盖，不能全面直视。本组有 3 例是在探查中发现膈疝的，避免了漏诊。

四、膈肌裂口修补。一般裂口张力不大，采用直接间断褥式缝合修补，对较大面积裂口，发生在大外侧周边弧形状，通过实践体会，采用外缘连同肋间肌间断褥式缝合修补，针距间剩余小的缺损采用游离带蒂在网膜填塞固定修补，这种修补法，既避免打结时的撕裂，又避免了疝复发。

参考文献 略

（收稿日期：1996—10—21）